

Perearstindus Eestis ja teistes Balti riikides

Esinduslik järjekorras neljas perearstide Balti konverents peeti 3.–4. oktoobril 2003 Tartus. Muu hulgas kuulati ka ettekandeid esmatasandi arstiabi korraldusest Eestis, Lätis ja Leedus.

Usutlesime sel puhul prof Heidi-Ingrid Maaroosi – Tartu Ülikooli arstiteaduskonna polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli juhatajat, üht Eesti perearstinduse ideoloog ja arendajat.

Prof H-I. Maaroosi kinnitusele on Eestis esmatasandi arstiabi korraldamisel olnud kindel printsiip: esmatasandi arstiabi osutavad perearstid – kvalifitseeritud eriarstid. Erinevalt varasemast jaoskonnaterapeudist on perearst mitmekülgsemate oskustega. Ta peab olema võimeline hindama EKGd, oskama osutada abi sageli esinevate kõrva-nina-kurguhaiguste korral, omama üldpediaatrilisi teadmisi ning osutama abi lastele, ka väikelastele, olema pädev mitmesuguste valusündroomide ravis jm.

Esialgu hakati koolitama perearste kursustel Tartu Ülikoolis. Esimesed perearstid lõpetasid kursused ja asusid tööle 1994. a. On sümboolne, et esimesed kursused lõpetanud perearstid said kingituseks otoskoobi, need andis koos perearsti tunnistusega üle tolleaegne sotsiaalminister Marju Lauristin.

Praeguseks välja kujunenud esmatasandi arstiabi süsteemis on perearst füüsilisest isikust ettevõtja ja 1998. a alates sõlmib Haigekassa perearstidega lepingud. Igal perearstil on oma nimistu, mille kinnitab maavanem. Igal kindlustatul on vaba voli valida endale perearst.

Kindla süsteemi järgi toimub ka perearstide rahastamine haigekassa poolt. Iga nimistusse kuuluva kodaniku kohta makstakse pearaha (iga lapse kohta 27, vanuri kohta 24 ja täiskasvanu kohta 22 kr kuus). Lisaks on igal perearstil uuringute fond (20,5% pearahafondist), kust tehakse väljamakseid tellitud uuringute kohta esitatud arvete eest. Peale selle saab iga perearst baasraha 6401 kr kuus, perearstitunnistuse raha 1000 kr praksise kohta, ka lisatasu selle eest, kui praksis paikneb keskusest eemal (1400 kr, kui praksis on keskusest kaugemal kui 40 km).

Prof H-I. Maaroosi hinnangul on praksise keskmine eelarve 46 000 kr (arvestamata uuringute fondi), sellest peab saama kaetud arsti ja õe töötasu, ruumide rent ja kommunaalkulud. Perearsti keskmiseks töötasuks 2002. a algul oli 5600 kr. Praeguseks on see suurem, kuid perearsti palk keskmiselt ei ole suurem haiglas

töötava arsti keskmisest palgast, pigem jääb sellele alla, on prof H-I. Maarooos veendunud.

Vaatamata algul olnud kahtlustele on perearstid füüsilisest isikust ettevõtjana ka majanduslikult hästi toime tulnud, märgib professor rahulolevalt. Praegu on suund, et perearstid ühinevad osahingutesse (grupeeruvad), vähemalt suuremates keskustes. See võimaldab paremini majandada, hoida kokku kulutusi ruumidele ja aparatuurile, samuti teatud spetsialiseerumist (nt pediaatriale) ning palgata majandus-finantsasju ajava töötaja.

Eestis on praegu avatud 860 perearsti praksist, meil on 863 koolitatud perearsti. Perearsti residentuuri alustas viimasel aastal 24 perearsti ja edaspidi peaks vastuvõtt jätkuma samas mahus. Tänapäevaks on residentuuri lõpetanud ligi 50 perearsti. Prof H-I. Maarooosi hinnangul oleks optimaalne, kui igal aastal lõpetaks perearsti residentuuri 25 spetsialisti. Esmatasandi arstiabile kulutati 1998. a 14,8% ja 2002. a 12% haigekassa raviteenuste eelarvest. Aastas külastab iga kindlustatu oma perearsti keskmiselt 2,8 korral.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool ning teised erialakliinikud on korraldanud regulaarselt täienduskursusi perearstidele. Kehtiva korra kohaselt peaks iga perearst läbima resertifitseerimise 5 a tagant. See on vabatahtlik ja resertifitseerimist korraldab perearstide selts koostöös ülikooliga. Alates 2004. aastast hakkab perearstide selts teatud regulaarsusega akrediteerima perearsti praksiseid. Akrediteeritakse kindlate kvaliteedikriteeriumide alusel: mitmesugused töönäitajad, sealhulgas tegelemine laste ja rasedatega, hinnatakse praksise ruume, varustust ja abi kättesaadavust. Akrediteerimisel kontrollitakse samuti perearsti resertifitseerimist. Vaid akrediteerimise edukalt läbinud praksistega sõlmib haigekassa lepingu.

Meie perearstinduse süsteemi nõrkuseks peab prof H-I. Maarooos seda, et seadustes ei ole fikseeritud kohaliku omavalitsuse osa esmatasandi arstiabi korraldamisel oma piirkonnas. Võiks olla loomulik, et kohalik omavalitsus rendib ruumid ja valib perearsti. Praegune perearstide rahastamine ei taga kapitalikulude katmist. Otstarbekam oleks, kui patsient ei peaks maksma visiiditasu perearsti külastuse eest, vaid kohalik omavalitsus katab praksise kapitalikulud. Siiski on praktikas ka häid näiteid, kus omavalitsus toetab tõsiselt perearsti praksist, seda eriti maapiirkondades.

Probleemiks perearstinduses on ka abi kättesaadavus. Praegu Haigekassaga sõlmitud lepingu kohaselt peab perearsti praksis olema avatud vähemalt 8 tundi igal tööpäeval, sellest arsti vastuvõtt vähemalt 4 tundi päevas. Ei saa nõuda, et perearst oleks kättesaadav ööpäev ringi. On arutatud ka võimalusi, et haigekassa saaks täiendavalt rahastada pikemat vastuvõtuaega. Siiski on ka perearsti suutlikkusel piirid. On kuulda olnud nurinat, et kiirabi peab tegema palju visiite haigetele, kelle probleemid saaks lahendada perearst, samuti pöörduvad haiged samade probleemidega haiglate vastuvõtuosakonda. Inimeste sarnane käitumine on osalt seletatav ka harjumusega, et arst peab olema ööpäev läbi kättesaadav. Prof H-I. Maaros nentis, et neid küsimusi on perearstide seltsis palju arutatud. Üks viis abi kättesaadavust parandada võiks olla järgmisest aastast käivituv üleriigiline perearsti infotelefon, et abivajaja saaks ööpäev ringi nõu küsida oma probleemidega toimetulekuks. Esialgu on perearstide liitumine infotelefoni teenistusega vabatahtlik, kuid sellega liitunud perearsti hoolealused saavad telefoni teel ühenduse juba oma perearstiga. Professori kinnitusel on arutatud ka perearstikeskuste loomist, kus on valveteenistus ja kuhu võib pöörduda ka nädalalõppudel. See võiks olla järgmine arenguetapp.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool korraldab regulaarselt teaduslikke ja rakenduslikke uuringuid perearstisüsteemi töö efektiivsuse kohta. Prof H-I. Maaros rõhutas, et süsteemi hindamine ja kavandamine peab rajanema teaduspõhiste teadmiste olukorra kohta. Lihtsalt emotsioonidel põhinevad ja eksperthinnangud ei vii edasi.

Esmatasandi arsti ja eriarstide vaheline hea koostöö eeldab head asjakohase info vahetust. Perearstid on juurutanud elektroonilise ambulatoorse kaardi. Selle andmed peaks olema kättesaadavad kõigile arstidele, kelle juurde patsient pöördub. Paraku meil arendatavad andmekaitsemeetmed seda ei võimalda. “Patsiendi isikuandmete kaitse eesmärgil tema kohta käivad meditsiinilised andmed lihtsalt lukku panna on tegelikult patsiente kahjustav nõue,” ütleb professor veendunult.

Võrreldes perearstinduse arengut kolmes Balti riigis ilmneb, et Eestis on kavakindlalt ja eesmärgipäraselt välja arendatud perearstisüsteem nii ideoloogilises kui majanduslikus plaanis. Ka Lätis ja Leedus on eesmärk esmatasandi arstiabi korraldamine perearstide kaudu. On perearstide residentuur ja vastavad erialaseltsid. Kummaski naaberriigis ei ole veel jõutud olukorrani, et esmatasandi abi osutaksid vaid perearstid. Osaliselt on käigus veel vana polikliinikute süsteem. Näiteks Leedus

on esmatasandi abi praeguseks kaetud perearstidega vaid 50% ulatuses. Lätis on esmatasandi arstiabi rahastamine veel üheselt lahendamata – nii finantseerib perearsti ravikindlustus, õe palga maksab kohalik omavalitsus. Asjaosaliste hinnangul on ebaselgus rahastamisel tõeliseks piduriks perearstisüsteemi arengul.

Prof H-I. Maaroosiga vestles peatoimetaja Väino Sinisalu